

Il minore (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**NECESSITA**

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica**
- patologia acuta**

**conseguentemente è prevista:**

- l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto Socio Sanitario (situazioni "complesse" es. diabete)

**Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:**

Nome commerciale del/i farmaco/i

---

---

---

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

---

---

---

Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

- è prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico) \_\_\_\_\_

Diagnosi e stato di malattia \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita"  
(descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)

---

---

---

Nel caso in cui si richieda il piano di assistenza specificare la situazione complessa (es. diabete)

---

---

Data, \_\_\_\_\_

**timbro e firma del medico**

\_\_\_\_\_